

記入例

No. _____

こども

重度障害者
ひとり親家庭等

医療費支給申請書

令和 3年 4月 20日

(宛先)春日市長

申請者 住所 春日市原町3丁目1番地5
氏名 春日 太郎
電話番号 (092) 584 - 1111

次のとおり医療費の支給を申請します。
(受取を下記の名義人に委任します。)

受給者番号		1	1	1	1	1	1	保険者番号	3	3	3	3	3	3	3	3
医療該当者氏名		春日 一郎						記号・番号	222 5555							
生年月日		令和 3年 4月 8日						世帯主・被保険者氏名	春日 太郎							
申請理由		① 医療保険各法による療養費が支給された。 ② 県外の医療機関等で受診した。 ③ その他()														
受取金融機関	春日 銀行 農協						口座番号	当 普 7777777								
	原町 支店						フリガナ	カスガ タロウ								
								名義人	春日 太郎							

医療証をお持ちの方の内容を記入してください。

○医療証から「受給者番号」、「医療該当者氏名」、「生年月日」

○健康保険証から「保険者番号」、「記号・番号」、「世帯主・被保険者氏名」

種別	診療月区分	1 一般診療		2 補装具		3 柔整		4 あんま・マッサージ		5 はり・きゆう		6 看護	
		領収金額	公費負担額	高額療養費	公費番号	一部負担金額	支給額	医療機関名	負担割合	総医療点数	保険者負担額	付加給付	他法負担額
/													
/													
/													
/													
/													
/													
合計												()件	円

* 申請書は受給者ごとに1枚必要です。

受付